FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 37.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SARCOME MÉLANIQUE

DE LA

CONJONCTIVE ET DES PAUPIÈRES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1895

PAR

Georges-Alcide MARZIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BREST** (Finistère), le 1er Décembre 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. BADAL	professeur	*Président*
	MASSE	professeur	
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 37.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SARCOME MÉLANIQUE

DE LA

CONJONCTIVE ET DES PAUPIÈRES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1895

PAR

Georges-Alcide MARZIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BREST** (Finistère), le 1er Décembre 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. BADAL	professeur	*Président*
	MASSE	professeur	*Juges*
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions emises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

ANCIEN LIEUTENANT DE VAISSEAU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE DU SAUVEUR (DE GRÈCE)

OFFICIER DE L'ORDRE ROYAL DU CAMBODGE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES ARMAND, MAURICE, RENÉ

A MA GRAND'MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIBERT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DES HOPITAUX DU HAVRE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A M. GLON DIT VILLENEUVE

CAPITAINE DE FRÉGATE EN RETRAITE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LEGOFF

LIEUTENANT DE VAISSEAU EN RETRAITE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

L'histoire des sarcomes de la paupière et de la conjonctive est loin d'être terminée. Nous avons eu pour but dans ce modeste travail, de réunir les observations qui ont été publiées jusqu'à présent sur ce sujet et la chose ne nous a toujours pas été facile.

De ces observations auxquelles nous avons ajouté le cas qu'il nous a été donné de suivre à la Clinique ophtalmologique de Bordeaux, nous avons tiré une étude clinique bien incomplète encore, sans aucun doute, que nous osons soumettre à la bienveillante appréciation de nos juges. Basée sur un nombre d'observations déjà respectable, elle aura au moins le mérite d'avoir été faite aussi consciencieusement que possible.

L'idée de ce travail revient à M. le docteur Cabannes, chef de clinique ophtalmologique, nous le remercions bien vivement de l'amitié qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

M. le docteur Fromaget, ancien chef de clinique, ne nous a pas ménagé ses bienveillants conseils ; nous lui en manifestons toute notre reconnaissance.

Avant de quitter la Faculté de Bordeaux, nous avons le devoir de remercier tout spécialement M. le professeur Demons, de la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner pendant le temps trop court que nous avons passé dans son service et des conseils si éclairés qu'il nous a donnés dans des circonstances difficiles de notre vie.

M. le docteur Badal, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous garderons de ses leçons que nous avons eu la bonne fortune de suivre pendant un an en qualité d'externe et de sa bienveillance un souvenir ineffaçable.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les cas de sarcome mélanique des paupières sont fort rares. On n'en connaît actuellement que cinq observations : Gibson a publié la première dans *The Philadelphia Lancet* en 1854; malheureusement il nous a été impossible de nous procurer ce journal assez peu répandu.

Richet, dans le *Mouvement Médical* de 1879, signale le second cas de sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale.

Le malade de Gallenga dont l'histoire est racontée dans les *Annales d'oculistique* de 1885, celui de Gillette dont l'observation fut publiée en 1874, et enfin le cas de M. Lagrange (Communication faite à la Société française d'ophtalmologie en 1891) sont les seuls faits de sarcome mélanique des paupières connus jusqu'à présent.

Nous avons continué depuis 1891 l'observation de M. Lagrange qu'on trouvera relatée tout entière dans un prochain chapitre.

Les cas de sarcome mélanique de la conjonctive sont

beaucoup plus nombreux. Warren (1) est le premier qui en cite une observation. Dès cette époque, les auteurs sont frappés de la bénignité de certaines mélanoses de l'œil contrairement à une seconde forme, caractérisée par une tendance presque fatale à la reproduction, et par une terminaison presque toujours néfaste, si bien que Malgaigne pour expliquer ce fait, suppose deux espèces de tumeurs mélaniques, l'une, locale et non sujette à récidiver, l'autre, qui récidive et dépend d'une diathèse générale.

Ammon (In *Gaz. des Hôpitaux,* 1844) et Lebert (Du cancer de l'œil. *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris 1851) sont du même avis et admettent l'existence d'une mélanose non cancéreuse dans l'œil et son voisinage.

Sichel (*Iconographie ophtalmologique*) va plus loin et étudie la mélanose oculaire externe et interne, attribuant à la mélanose externe la plus grande bénignité.

Demarquay (*Traité des tumeurs de l'orbite*, Paris 1860) et Virchow (*Pathologie des tumeurs*, 1869) se rangent à la même opinion.

Dans la thèse de Paris 1879, de M. Bimsenstein, à laquelle nous avons emprunté un certain nombre d'observations, et dans celle de M. Thou (Paris 1879) sont relatés à peu près tous les cas connus de sarcome mélanique de la conjonctive.

Enfin M. Lagrange a fait paraître en 1893 un travail intitulé *Etudes sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, qui contient un assez grand nombre d'observations de sarcomes mélaniques de la paupière et de la conjonctive, et où nous avons puisé de précieux renseignements.

---

(1) Warren. In *Surgical observations in tumours.*

CHAPITRE II

Observation I (Fromaget et Cabannes)

Sarcome mélanique des paupières

Jean G..., soixante-dix ans, de Sallebruneau, canton de Sauveterre-de-Guyenne, entre à la Clinique ophtalmologique (hôpital Saint-André) le 25 septembre 1890, pour une tumeur de la paupière gauche supérieure.

Les antécédents héréditaires de cet homme sont fort bons, et dans les antécédents personnels, nous ne trouvons à signaler qu'une kératite survenue à droite il y a dix ans, et terminée par un leucome opaque supprimant presque la vision. Aucune diathèse spéciale n'explique cet accident : il n'y a ni rhumatisme, ni alcoolisme, seulement un peu de misère physiologique, résultat du travail opiniâtre et des privations prolongées.

Au commencement de juin 1890, Jean G... reçut un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche ; il en résulta un gonflement très accusé de la région ; la paupière supérieure devint noire, ecchymotique, tendue par l'infiltration sanguine qui remplissait les mailles de son tissu.

Le sang se résorba lentement ; lorsque la peau de la région reprit

sa coloration normale, c'est-à-dire quelques semaines après, notre malade constata, dans l'épaisseur même de la paupière, la présence d'une tumeur dure, régulière, aussi volumineuse, dit-il, que celle qu'il présente en entrant à l'hôpital.

Dans le courant des mois de juillet, août et septembre, cette grosseur palpébrale serait restée la même, uniformément dure, un peu irrégulière à sa surface, toujours recouverte par la peau saine et mobile, dans l'épaisseur de la paupière supérieure. D'ailleurs, il n'y a jamais eu de douleurs, et les fonctions visuelles n'ont à aucun moment été entravées.

A son entrée en 1890, à la Clinique, Jean G... porte une tumeur grosse comme une noix de moyenne grosseur, un peu allongée dans le sens horizontal. Elle semble faire saillie sous la paupière soulevée et déformée, mais encore suffisamment ouverte pour que la vision s'effectue convenablement, chose d'ailleurs indispensable, à cause du leucome qui supprime presque complètement les fonctions de l'œil droit.

A la surface de la tumeur, la peau glisse très facilement et la palpation fait sentir, à travers le tégument, normal dans sa couleur et son épaisseur, une masse assez dure, un peu irrégulière, mobile dans tous les sens, sans adhérence au squelette, sans ramifications dans l'orbite. A travers la demi transparence de la peau, on distingue la couleur noire du néoplasme. Le bord libre de la paupière est intact.

Le volume de la tumeur ne permet pas de retourner la paupière pour explorer la face conjonctivale, mais il est possible d'écarter cette paupière du globe de l'œil et d'examiner par dessous l'état du cul-de-sac conjonctival. Le cul-de-sac a ses dimensions ordinaires ; la muqueuse y est saine partout et glisse au niveau de la partie postérieure du néoplasme comme à la surface antérieure. La conjonctive bulbaire présente en plusieurs endroits des taches noirâtres qui tranchent sur l'aspect nacré de la sclérotique. Ces taches paraissent s'être développées en même temps que la tumeur et pour les mêmes causes.

La paupière inférieure n'offre rien de particulier. Il n'y a nulle trace d'engorgement ganglionnaire.

L'état général est excellent.

M. le docteur Lagrange pratique l'extirpation de la tumeur au mois de septembre 1890. Le malade sort guéri quelque temps après.

Un ou deux mois après, l'ectropion de la paupière supérieure a augmenté, et, depuis six à sept mois, il s'est aperçu qu'une tumeur noire poussait sous sa paupière supérieure.

Il y a trois mois, la paupière inférieure a augmenté de volume et le malade a constaté dans son intérieur, par le toucher, l'existence d'une autre petite tumeur. Il n'a jamais souffert.

La paupière supérieure en ectropion, représente une double incurvation qui fait ressembler son bord à un S allongé et placé horizontalement, à concavité inférieure en dedans et supérieure en dehors. La concavité interne est occupée par une tumeur noirâtre de la grosseur d'une noisette, plongeant entre l'œil et la paupière supérieure et soulevant celle-ci. La partie externe est occupée par la conjonctive, rouge, hypertrophiée en ectropion, dû au renversement de la paupière par la tumeur. Cette tumeur interne occupe les deux tiers inférieurs de la paupière supérieure et plutôt le bord conjonctival que le ciliaire; elle est adhérente à cette conjonctive et s'étend profondément jusqu'à la région du cul-de-sac qui, d'ailleurs, est sain. Aucune adhérence avec la peau. Petites taches mélaniques sur le bord palpébral supérieur.

Au-dessus du rebord orbitaire inférieur on constate une tuméfaction considérable. La peau, nullement altérée dans cette région, est mobile à la surface de la tumeur. En renversant la paupière inférieure la tumeur fait une saillie de la grosseur d'une noisette dans le cul-de-sac inférieur. Absolument indépendante du squelette palpébral, elle est adhérente à la conjonctive palpébrale, qui présente à son niveau une pigmentation grisâtre avec quelques petites taches mélaniques disséminées çà et là, en particulier au niveau du bord palpébral. En raison de son volume, la tumeur détermine un ectropion

léger de la paupière inférieure. Le liquide qui s'écoule de l'œil est roussâtre et le moindre attouchement de l'œil s'accompagne de petites hémorrhagies. On rencontre également une multitude de taches mélaniques disséminées sur la conjonctive bulbaire, en particulier au niveau du limbe scléro-cornéen et sur la caroncule.

Le globe oculaire est sain, l'acuité est bonne. Le malade est opéré le 7 novembre 1894. On pratique l'ablation de la tumeur palpébrale supérieure avec des ciseaux, et sa base est cautérisée énergiquement au thermo-cautère. Après avoir attiré fortement en bas la paupière inférieure, la tumeur du cul-de-sac inférieur absolument indépendante des tissus environnants est enlevée facilement avec la portion de conjonctive qui y adhère. Après l'opération, l'ectropion de la paupière supérieure a disparu en totalité, et le malade sort en bon état mais présentant les taches mélaniques déjà citées.

Examen des parties enlevées. — La première tumeur ou récidive locale est une petite tumeur grosse comme un gros pois, de forme pyramidale, ayant environ 6 millimètres de côté, à base quadrangulaire et une hauteur de 5 millimètres.

La deuxième tumeur ressemblant à une truffe, est recouverte à sa partie supérieure, par le cul-de-sac conjonctival adhérent ; elle est piriforme, a 16 millimètres de long, 13 millimètres dans sa plus grande largeur, 12 millimètres en épaisseur. A la coupe, cette tumeur, de couleur grisâtre, présente à la partie antérieure et supérieure des noyaux noirâtres et de nombreux vaisseaux à la partie postéro-inférieure.

L'examen histologique de la grosse tumeur ou récidive de la paupière inférieure montre qu'on a affaire à une tumeur constituée en totalité par des cellules légèrement allongées, fusiformes, renfermant dans leur sein de nombreux vaisseaux sans paroi. Ce qui nous permet de faire sans aucun doute le diagnostic de sarcome fasciculé ; on rencontre de plus, disséminées çà et là, des cellules renfermant du pigment mélanique ; ces cellules sont localisées en certains points où

elles sont du reste en petit nombre. La plus grande partie de la tumeur n'en contient pas. Il n'en est pas de même de la récidive locale de la paupière supérieure. Cette tumeur est presque entièrement constituée par des cellules imprégnées, à des degrés variés, de pigment mélanique; un très grand nombre sont absolument noires alors que le reste de la coupe offre une teinte grisâtre. Cependant, à la base de la tumeur, c'est-à-dire au niveau de son implantation, on trouve uniquement du sarcome fasciculé pur de toute pigmentation mélanique. Cette observation nous montre donc nettement, par ce double examen histologique que la mélanose s'est développée surtout dans les parties anciennes de la tumeur, alors que la partie de nouvelle formation en est dépourvue ; la tumeur la plus pigmentée était d'ailleurs la plus ancienne.

Le malade revient à la Clinique au mois de mai 1895 avec une récidive occupant le cul-de-sac inférieur. Cette tumeur est enlevée, la base d'implantation est cautérisée au thermo-cautère, et le malade repart quelques jours après.

Nous le revoyons au mois d'octobre 1895 avec une nouvelle récidive qui occupe l'angle interne de l'œil : elle présente le volume d'une petite noisette de coloration rosée, sans trace apparente de pigment mélanique; mais on rencontre sur la conjonctive, le limbe et la cornée vers la partie interne, de nombreuses taches de pigment noirâtre. Une nouvelle extirpation de cette récidive est pratiquée le 30 octobre 1895.

Le malade sort trois jours après.

Observation II

Richet. *Mouvement médical,* 15 février 1879, p. 77.

Richet mentionne en quelques mots, un cas de sarcome fasciculé ayant pour point de départ la conjonctive palpébrale, avec une apparence mélanique des plus évidentes. Les ganglions parotidiens ne

paraissaient pas envahis. Richet les enleva cependant et les soumit à un examen dont le résultat n'est pas signalé. L'auteur en rapportant ce cas fait ressortir la malignité d'une semblable lésion.

Observation III (Gallenga)

Petite tumeur noire ayant débuté au milieu du bord libre ciliaire de la paupière supérieure.

Enlevée par ligature, elle récidive, et quinze mois après présente le volume d'une noisette. La peau est mobile sur le néoplasme qui présente une surface de section noire. La tumeur est enveloppée en avant, en haut et en bas, par une capsule de conjonctive à fibres serrées où se montrent de gros vaisseaux gorgés de sang.

A côté de cette tumeur deux petits noyaux qui semblent en dépendre. Le stroma de la grosse tumeur est formé de tissu connectif à mailles fines et minces, devenant plus épais à proximité des vaisseaux. Dans ces mailles sont des cellules rondes et des cellules fusiformes. Les unes et les autres contiennent des noyaux et du pigment, non contenu dans les noyaux, mais disposé tantôt en amas ronds indépendants des cellules, tantôt en granulations occupant l'intérieur même des cellules. Les cellules sont tassées les unes contre les autres. Les vaisseaux sont nombreux. Le cartilage tarse, complètement détruit, est considéré par Gallenga, comme l'origine du mal.

Observation IV

Helfreich. *Munich médical*, W., 1891

Jeune fille de dix-huit ans, opérée, en 1878, d'un mélano-sarcome qui s'était formé d'un simple nœvus pigmentaire conjonctival.

Pas de récidive treize ans après.

Observation V (Hohenberger).

Nœvus pigmenté de la paupière avec dégénération sarcomateuse commençante

Il s'agit d'un cas de nœvus pigmentaire des deux paupières de l'œil gauche, d'une étendue extraordinaire, observé en 1878 chez une jeune fille de vingt-huit ans, à la clinique du docteur Helfreich, à Wurzbourg. Le nœvus s'étendait en haut et en bas jusqu'au bord des paupières. A la paupière inférieure, ce bord était occupé par une série de treize protubérances coniques, terminée vers l'angle interne par une excroissance plus grande et arrondie, de la grosseur d'un pois et de couleur bleu-rougeâtre foncé.

Dans les dernières douze années, cet œil avait été le siège d'inflammations répétées; les deux paupières s'étaient peu à peu épaissies et il y avait, au moment où la malade consulta le docteur Helfreich, un ptosis complet de l'œil malade.

On posa le diagnostic de dégénérescence sarcomateuse. Helfreich en pratiqua l'excision et remplaça la peau des paupières par des lambeaux pédiculés, pris sur le front pour la paupière supérieure, sur la joue pour la paupière inférieure.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un mélanosarcome.

Il n'y a pas eu de métastases. On a revu la malade douze ans après l'opération.

Observation VI (Fergusson).

Melanotic tumour of the lower eyelid. — Removal. Death pathin twenty four hours.

G. M..., soixante-six ans, laboureur, se présente le 6 mars 1863, à la Clinique ophtalmologique de King's College Hospital, avec une

tumeur noirâtre de la grosseur d'une noix, siégeant à la paupière inférieure, refoulant le globe en haut, envahissant la face et constituant une grande difformité. La peau qui recouvre la tumeur, noire et adhérente, présente un début d'ulcération. La tumeur est enlevée le 14 mars, chez ce malade, cachectique, qui meurt au bout de vingt-quatre heures. Une hémorrhagie veineuse abondante s'était produite avant et après l'opération et avait été arrêtée par compression.

Pas d'examen histologique.

Observation VII

Fano, *Gaz. méd. des Hôpitaux*, 1872, p. 851.

Tumeur mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale.

M. B..., âgé de cinquante-trois ans, cordonnier, s'est présenté pour la première fois à ma clinique en janvier 1867. A cette époque, j'ai constaté l'existence de plusieurs taches de couleur sépia, d'une grandeur variant entre celle d'une tête d'épingle et une grande lentille, sur la conjonctive palpébrale inférieure, au niveau du cul-de-sac et sur divers points de la conjonctive sclératicale de l'œil gauche. Toutes ces taches font corps avec la conjonctive car elles se déplacent avec cette membrane pendant les mouvements communiqués à cette dernière.

Indépendamment de ces taches, toute la conjonctive sclératicale était imbibée de sang, lorsque je vis le patient pour la première fois, le 2 janvier. Sous l'influence de bains d'œil dans une solution de teinture d'arnica, additionnée d'hydro-chlorate d'ammoniaque, cette ecchymose se résorba promptement. B... n'accuse aucune douleur. Il existe, de plus, une amblyopie congénitale, avec diminution dans l'acuité de la vision, plus marquée à gauche qu'à droite. L'examen à l'ophtalmoscope démontre l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure des deux côtés.

Dès que l'ecchymose de la conjonctive fut résorbée, B... renonça à à tout traitement et je le perdis de vue pendant cinq ans.

C'est le 4 avril dernier (1872) qu'il revint me consulter, parce qu'il s'était formé, depuis environ cinq mois, une tumeur vers la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, et que cette production morbide prenait de l'accroissement.

Je constatai que l'infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale était la même qu'il y a cinq ans. Mais on trouve en plus une tumeur constituée par deux portions, l'une pédiculée se continuant dans le cul-de-sac supérieur avec une autre tumeur du volume d'un pois implantée dans la conjonctive. La portion flottante de la tumeur cache un peu la partie interne de la cornée sans y adhérer. La consistance de la masse morbide est celle du squirrhe. Pas de douleurs dans la tumeur ; sensation de gêne et de larmoiement. La vision de l'œil gauche est restée au même degré que par le passé. Pas d'adénite parotidienne ni sous-maxillaire. Santé générale bonne.

Je pratiquai l'ablation de la tumeur en deux temps : d'abord la portion qui fait saillie entre les paupières, puis celle qui adhère au cul-de-sac oculo-palpébral. La portion attenante du cul-de-sac conjonctival est emportée en même temps. Deux petites artères, divisées pendant la dernière manœuvre, sont liées, mais le fil qui les étreint, les coupe ; il se manifeste une petite hémorrhagie en nappe, qui s'arrête spontanément au bout de quelques instants. L'opération n'est suivie d'aucune inflammation ; la plaie conjonctivale se recouvre bientôt d'un exsudat blanchâtre indiquant un commencement de cicatrisation, et le patient quitte la Clinique le 10 avril.

Examen de la tumeur par M. Perchant. — La production morbide paraît avoir pris naissance à la surface libre de la muqueuse conjonctivale ; elle est recouverte dans toute son étendue d'un épithélium pavimenteux.

Le tissu de la tumeur est formé d'amas de grosses cellules à noyaux polygonales ; les unes presque régulières, hexagonales ; le plus grand

nombre déformées, présentant des angles plus ou moins aigus. Les parois des cellules sont très minces. Toutes ces cellules renferment une grande quantité de granulations pigmentaires en suspension dans une couche mince de liquide intra-cellulaire. Les granulations sont de couleur brun-foncé dans les cellules qui en contiennent un grand nombre, de couleur brun plus clair dans les cellules qui renferment un nombre relativement moindre de granulations.

Le noyau des cellules est resté transparent et ne contient pas de granulations pigmentaires. Toutes ces cellules sont plus volumineuses que celles qui forment la couche pigmentaire de la choroïde.

Entre les amas de grosses cellules, on voit une mince trame de tissu cellulaire, quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements, quelques vaisseaux capillaires très fins à mailles polygonales, et quelques cellules épithéliales, appartenant à la couche d'épithélium pavimenteux qui tapisse la surface libre de la muqueuse conjonctivale.

Le sang du sujet ne présente rien d'anormal ; les globules ne sont pas modifiés et ne renferment pas de traces de pigment.

Observation VIII

Thou, Paris 1879

Mélano-sarcome de la conjonctive

Paysan, cinquante et un ans, porteur d'une petite tache d'un rouge noirâtre au coin interne de l'œil. Cette tumeur dans les dix-huit mois qui précède le moment où le malade vient consulter se développe rapidement.

Tumeur mélanique de la grosseur d'une petite fève bleu-noirâtre.

Opération : trois récidives suivies d'extirpation.

Examen microscopique : grosses cellules rondes contenant une quantité variable de molécules de pigment.

Observation IX

De Wecker. *Traité des maladies des yeux*, 1863

Sarcome mélanique. Ablation. Récidive

Thou rapporte le cas d'un notaire, âgé de soixante-dix ans, porteur d'une tumeur mélanique de la grosseur d'une forte fève, siégeant sur l'œil gauche, sous la conjonctive, au-devant de l'insertion du droit supérieur.

Opération suivie de deux récidives.

L'examen de la tumeur fait par M. Cornil démontra qu'il s'agissait bien d'un sarcome mélanique.

Observation X (Thou).

Il s'agit d'un jeune officier vigoureux, âgé de vingt-huit ans, qui portait en 1871 une petite tumeur siégeant près du bord externe de la cornée gauche. Tout enfant, le malade avait déjà une petite tache dont on ne se préoccupa pas, jusqu'à ce que, vers l'âge de quinze ans, elle devint assez apparente pour que le père allât consulter Michon, qui pratiqua une ablation d'une portion de la conjonctive. Pendant douze ans, l'œil resta dans le même état ; alors cette cicatrice commença à se soulever et à former la tumeur ci-dessus décrite.

Ablation de la tumeur. Six mois après, la cicatrice commençait déjà à se tatouer de noir ; résection de la cicatrice.

En octobre 1872, récidive très étendue : de nombreuses tumeurs occupaient toute la conjonctive bulbaire de la moitié inférieure du globe de l'œil.

Enucléation de l'œil. — Six mois après, le jeune homme était pris de douleurs opiniâtres et très pénibles dans les lombes; c'était le premier signal d'une mélanose des os ayant envahi la colonne vertébrale. Elle éclata alors dans le fémur gauche (qui se fractura pendant un mouvement du malade dans son lit), dans les os du crâne, les côtes et les clavicules.

Mort deux ans après l'ablation de la tumeur mélanique. Une tante du malade avait succombé après l'ablation d'une mélanose de la joue dans des circonstances analogues.

Ces trois observations sont empruntées au *Traité des Maladies des Yeux* du docteur Fano.

Observation XI

Gillette. *Union médicale* 1873, p. 409.

Sarcome mélanique récidivant de la caroncule droite. Cinquième récidive. Extirpation du globe oculaire.

Homme, trente et un ans, veilleur sur la ligne du chemin de fer d'Orléans. Il attribue le début de son affection oculaire à une petite circonstance, qui, si elle n'a pas eu une influence directe sur le développement de sa maladie, n'en est pas moins assez singulière pour trouver mention ici.

Cet homme, en effet, pour se maintenir éveillé, comme son métier l'exige, avait l'habitude de s'introduire dans l'œil droit quelques grains de tabac à priser ou plusieurs gouttes de son urine, ce qui le piquait assez fortement, dit-il, pour l'empêcher de s'endormir.

Il y a environ cinq ans, sans autre cause invoquée par ce garçon, il sentit et vit se développer, au niveau du grand angle de l'œil une toute petite tumenr, dont le volume atteignait à peine celui d'une lentille, et qui, sans déterminer aucune douleur, n'en gênait pas moins sensiblement le jeu des paupières. Cette gêne l'engagea à consulter M. Herpin qui lui en pratiqua l'ablation. La cicatrisation fut prompte, mais quelques mois après, le malade se représenta de nouveau au même chirurgien qui lui fit une seconde opération. Cette fois la tumeur était plus grosse qu'un pois et une seconde récidive ne se fit pas longtemps attendre, puisque en 1870, M. Herpin, de Tours, lui pratiqua une troisième extirpation qui eut pour but de lui enlever et la tumeur qui, cette fois avait le volume d'une bille, et une portion de la paupière inférieure qui avait été envahie par le produit morbide.

Nouvelle récidive et quatrième opération six mois après.

Voyant le mal reparaître pour la quatrième fois, ce garçon se décida à venir à Paris, où M. le docteur Gaillard le fit entrer dans le service de M. L. Labbé à l'hôpital de la Pitié. Une opération fut pratiquée au mois de décembre 1872. La cicatrisation suivit ; mais quelques semaines plus tard, le malade constata une nouvelle induration plus rapide encore, et c'est pour une cinquième récidive que nous le voyons entrer aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu et réclamer une sixième opération.

La parfaite constitution de cet homme et sa musculature irréprochable sont loin d'annoncer chez lui une affection diathésique ; il en est de même de ses antécédents héréditaires qui sont excellents. Nous pouvons donc, au point de vue du diagnostic, établir déjà que la maladie qu'il porte est tout à fait locale et n'a aucun retentissement dans l'économie tout entière.

La fente palpébrale droite est très rétrécie et ce blépharo-phimosis est encore augmenté par une contraction continuelle du muscle orbiculaire et de tous ceux du côté droit de la face.

Le palper fait reconnaître immédiatement une tumeur ou plutôt une masse indurée, bosselée, ayant une certaine élasticité appréciable à

travers la paupière inférieure, sur laquelle on voit une petite cicatrice verticale au niveau de la partie moyenne, mais dont les téguments amincis n'ont pas été envahis en totalité dans leur épaisseur et ne présentent aucune ulcération. La coloration de la peau de cette paupière n'offre rien d'anormal ; cependant, un œil attentif découvre au-dessous d'elle un pointillé noir que la pression est impuissante à faire disparaître et qui par là, ne peut être attribué à l'accumulation du liquide sanguin dans l'intérieur des veines.

Cette induration pathologique occupe, d'une part, tout le rebord inférieur de l'orbite, depuis la caroncule, dont il n'existe plus trace, jusqu'à l'apophyse orbitaire externe.

En abaissant fortement la paupière inférieure, on constate un boursouflement rouge et dur de la conjonctive palpébrale prouvant que le mal a envahi le tissu cellulaire de l'orbite dans sa partie inférieure où il adhère au bulbe oculaire.

Le globe de l'œil est sain, ses milieux sont transparents et n'offrent aucune altération, le malade lit même des lettres d'imprimerie ; un stylet peut parcourir facilement tout le repli oculo-palpébral supérieur de la conjonctive, sans reconnaître d'adhérence, mais pourtant ce globe est immobile, ankylosé, et cette immobilité est due à l'espèce de cupule pathologique dans laquelle il est enchâssé et à laquelle il adhère par sa face inférieure.

La tumeur a envahi les os du nez, l'onguis, le rebord orbitaire.

Richet enlève le mal et l'œil.

Etude histologique de la tumeur. — Dans un stroma de tissu conjonctif extrêmement fin et clairsemé, on trouve une très grande quantité de grosses cellules parfaitement arrondies, à noyaux, et des granulations nombreuses très serrées et brunâtres. Cette masse végétante de cellules l'emporte de beaucoup sur le stroma conjonctif. Dans le tissu du lobe externe dont la couleur était plus foncée, nous avons rencontré au milieu des interstices que laissent entre eux les différents groupes des cellules précédentes, mais non dans leur intérieur, des

granulations noires constituant une espèce de poussière dont quelques grains agglomérés donnent, en certains points, des masses d'un volume un peu plus considérable.

Observation XII (Gillette)

Sarcome mélané récidivant de la conjonctive bulbaire.

Malade opéré à la Charité par M. Gosselin.

Tumeur trilobée, d'une coloration légèrement brunâtre, développée dans le tissu lamineux sous-conjonctival du bulbe oculaire, laissant voir à sa surface la couche épithéliale de la conjonctive; en dedans, elle se prolongeait en partie sur la circonférence cornéenne où on retrouvait une injection assez prononcée ; à son côté externe, existait une petite bride cicatricielle qui limitait dans ce sens les mouvements de l'œil et qui était le résultat des ablations antérieures dont le produit morbide avait été l'objet.

L'étude histologique de cette tumeur a permis de constater comme éléments figurés, une quantité considérable de cellules embryonnaires et de cellules fusiformes qui, mélangées à une petite proportion de tissu conjonctif, rappellent le sarcome fasciculé. Toutes ces cellules étaient infiltrées de granulations pigmentaires. Cette pigmentation mélanique, quoique étant le fait le plus habituel des cancers de l'œil, nous semblerait avoir une certaine importance et jouer un rôle dans la grande facilité avec laquelle se propage et se reproduit le néoplasme.

Observation XIII

Sarcome mélané du bulbe oculaire gauche. Extirpation du globe de l'œil.

Homme de trente-six ans, présentant une tumeur grosse comme une petite noix, rouge, et faisant saillie à l'extérieur à travers l'orifice palpébral.

Le mal, nous dit cet homme, a débuté il y a dix-huit mois environ par une douleur intra-oculaire, brusque, instantanée et si vive, qu'il emploie, pour la dépeindre, la comparaison de coup de fusil dans l'œil.

Depuis ce moment, les souffrances ont continué, les fonctions de l'organe de la vision se sont peu à peu éteintes et le malade a vu, au bout de quelques mois, apparaître au niveau de la face conjonctivale de la paupière inférieure une bosselure qui a été en grossissant et a donné issue de temps à autre à quelques gouttes de sang.

Malgré ce point d'apparition accusé par le malade, ce n'est que consécutivement que la tumeur a soulevé la conjonctive palpébrale ; si elle était née dans le tissu conjonctif péri ou rétro-oculaire, elle aurait très probablement déterminé une exophtalmie qui ici fait entièrement défaut ; bien au contraire, si on soulève fortement la paupière supérieure, on aperçoit, mais d'une façon bien incomplète, un globe oculaire atrophié et refoulé vers la partie supéro-externe de l'orbite. Toute la partie supérieure de ce bulbe ne semble pas atteinte, on y constate la coloration normale de la sclérotique ; mais il n'en est plus de même de la zone inférieure avec laquelle le produit morbide paraît se confondre ; nous trouvons, du reste, une preuve manifeste de cette fusion intime dans les mouvements spontanés dont jouit la tumeur lorsque les deux globules oculaires se déplacent symétriquement dans leurs cavités. Presque uniformément rouge, elle offre au centre une coloration brunâtre dans un point qui est un peu plus aminci ; en haut et tout près de la cornée, qui est aplatie et opaque, elle présente deux ou trois petites plaques arrondies, un peu saillantes et franchement noires.

Si, par la pression, on l'examine lorsqu'elle est tendue, principalement quand le malade ferme les paupières sur cette saillie, elle donne une sensation douce, humide, dans la plus grande partie de son étendue, et si fluctuante que tout d'abord elle donne l'idée d'un kyste intra-orbitaire.

Un examen attentif y laisse découvrir des parties plus solides, des noyaux durs, ce qui reporte immédiatement la pensée vers une tumeur composée, indolente et non réductible ; elle n'est le siège d'aucun battement. Ablation de la tumeur et du bulbe de l'œil.

Observation XIV

Gillette. *Union médicale,* p. 629, 1874

Homme, trente-huit ans, faisant remonter l'origine de son mal à un traumatisme, coup de crosse de fusil.

Grosse comme une noisette et occupant le côté interne de la paupière, elle fut opérée une première fois. Elle ne tarda pas à récidiver, et trois ans après tout le voile palpébral était complètement envahi.

Il présentait des taches de mélanose sur le nez, le synciput. La tumeur palpébrale se composait de deux portions : l'une, superficielle, la seule visible, soulevant la peau et y produisant deux ou trois bosselures, dont la couleur ne laissait aucun doute sur la nature du produit morbide ; l'autre, profonde, qui faisait suite à la première, s'enfonçait au loin dans l'orbite.

Opération faite sur les instances du malade. Une incision curviligne, à convexité inférieure, fut pratiquée sur la paupière supérieure et mit à nu une masse de gros grains mélaniques, reliés entre eux en forme de grappes de cassis. Voyant que le produit s'enfonçait dans l'orbite, à une profondeur dont il était impossible d'atteindre les limites, l'opérateur fut obligé de s'arrêter, décidé à proposer plus tard l'extirpation du globe.

Observation XV

Jonathan Hutchinson. *Archives of surgery,* january 1894

Lentigo. Ménalosis.

Relation d'un cas de nœvus pigmentaire de la paupière gauche existant chez une femme de soixante ans, ayant pris les caractères d'une

tache de mélanose. Durant les deux années qui se sont écoulées, la tache s'est très lentement développée, et là, comme dans quelques autres cas, une tumeur maligne s'est montrée sur le bord de la paupière. Hutchinson avait publié antérieurement un cas analogue. Dans les deux cas, la tache mélanique s'est très lentement développée pendant une période de plusieurs années, sans nulle tendance à la transformation maligne.

En juin 1893, continue l'auteur, la malade vint me trouver pour une tumeur ulcérée gagnant le milieu du bord de la paupière, grosse comme l'extrémité du petit doigt, ayant atteint son volume en deux mois. Aucun engorgement ganglionnaire. Je proposai l'extirpation immédiate qui fut acceptée.

Il n'y a pas encore eu de récidive.

Examen microscopique :

Les sections ont été faites de façon à traverser la peau et la conjonctive de la paupière. Au milieu de celle-ci, à égale distance de la peau et de la conjonctive, on trouve un amas de cellules profondément pigmentées. Ces cellules, offrant des formes variées, rappellent les unes l'épithélioma, les autres, environnées de tissu fibreux, rappellent les carcinomes; cependant la tumeur est certainement du sarcome, à caractères très nets, à la périphérie où les fibres de l'orbiculaire sont envahies, tandis qu'au centre, il est tout à fait détruit :

Les glandes de Meibomius et les autres glandes de la surface conjonctivale de la tumeur, ainsi que les glandes sudoripares et sébacées de la peau, sont normales.

Une petite portion de la masse centrale est pigmentée et d'autant plus qu'on se rapproche du centre. La pigmentation existait en outre tout près de l'épithélium conjonctival en une mince traînée, ainsi que tout près de l'épithélium cutané, cependant les cellules épithéliales sont libres de tout pigment.

Observation XVI (Lagrange)

(Communiquée par M. Badal)

Sarcome mélanique de la conjonctive

Mme R..., soixante-quinze ans, de Libourne, d'une bonne constitution, mais sous le coup d'un ramollissement cérébral assez prononcé, vit se développer il y a environ quinze ans, une petite tumeur sur la limite de la cornée de l'œil droit; l'usage de divers collyres amena une légère amélioration; au bout de trois ou quatre ans, cette tumeur augmenta subitement de volume; elle fut cautérisée et disparut à peu près complètement.

En juin 1882, une tumeur noirâtre se forme de nouveau au point primitivement affecté. Elle se présente sous la forme d'un champignon qui, dans l'espace de quelques mois, prend un développement très sensible et devient sanguinolent. Sa conjonctive est enflammée. Il s'en écoule un flux très abondant.

Le 8 août 1883, le professeur Badal voit la malade et constate sur la partie supérieure de la cornée et sur la sclérotique avoisinante un fongus noir du volume d'une grosse cerise. Les douleurs sont minimes, la vision par la partie inférieure de la cornée paraît conservée; l'œil présente sa dureté normale. Il n'y a point de ganglions lymphatiques malades. L'état général est bon.

L'extirpation de la tumeur seule en rasant le globe oculaire, est certainement possible; elle a été proposée à la malade par un de nos confrères spécialistes de Bordeaux. Néanmoins, M. Badal croit plus sage de faire une énucléation totale du globe de l'œil.

Cette opération est pratiquée, le 25 août 1883, avec l'aide de M. le docteur Vitrac, de Libourne. Elle ne donne lieu à aucun incident particulier. La malade guérit. Il n'y a pas de récidive.

La pièce anatomique mérite la description suivante :

Examen macroscopique. — La tumeur est à cheval sur le segment interne du limbe sclérotico-cornéen, sa base d'implantation a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Compact à sa base, le néoplasme devient pulpeux, friable, à mesure qu'on s'en éloigne. Sa couleur est d'un brun-foncé rappelant celle de la truffe; on remarque des traînées plus claires, presque blanchâtres.

Le globe de l'œil est incisé dans le sens antéro-postérieur; la tumeur est à peu près partagée en deux moitiés égales. On peut ainsi se convaincre que la cavité oculaire est absolument intacte. La choroïde, les procès ciliaires, l'iris n'ont avec la tumeur aucun rapport, ils en sont séparés par toute l'épaisseur de la sclérotique et de la cornée. Le néoplasme paraît appliqué sur la face externe de ces membranes avec lesquelles il a contracté une adhérence intime.

La conjonctive oculaire forme un bourrelet assez sensible à la base et au dehors du néoplasme. Cette membrane paraît se perdre insensiblement sur la face externe de la tumeur.

Examen microscopique. — Conservée et durcie par les procédés ordinaires, la tumeur a été l'objet de deux ordres de coupes, portant les unes au niveau de la sclérotique, les autres au niveau de la cornée :

1° *Au niveau de la sclérotique.*— Les coupes sont perpendiculaires à cette membrane. On y voit nettement les rapports de ses lames externes avec les éléments anatomiques de la tumeur. Les faisceaux fibreux de la sclérotique sont déchiquetés et frangés, ils plongent et disparaissent au milieu des cellules embryonnaires. A la périphérie de la tumeur, on voit une lame scléroticale se réfléchir, soulevée qu'elle est par les éléments anatomiques. Il importe de remarquer que la sclérotique est absolument saine dans toute son étendue, sauf dans sa partie la plus externe, représentant à peu près le dixième de son épaisseur;

2° *Au niveau de la cornée.* — Il est facile de reconnaître ici l'intégrité complète de cette membrane; sa lame épithéliale externe seule a

disparu ; il est curieux de voir les cellules embryonnaires du néoplasme s'arrêter brusquement au milieu de la première lame cornéenne, restée indifférente à ce contact.

Observation XVII

Lagrange. *Etude sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.*

Sarcome mélanique de la conjonctive.

Marie X..., quarante-deux ans, mariée, sans enfant, se présente à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 28 septembre 1883.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne nous offrent rien de particulier ; ses antécédents personnels nous apprennent qu'à l'âge de quatorze ans son corps thyroïde a subi une augmentation de volume, qu'il conserve encore aujourd'hui, où il atteint des dimensions environ deux fois plus considérables qu'à l'état normal. Son accroissement est depuis longtemps arrêté. Il y a vingt-six mois, Marie X... commença à ressentir quelques douleurs légères dans l'œil droit. La vision s'est troublée peu à peu, mais n'a jamais complètement disparu. Il y a quinze jours, la malade pouvait constater la présence d'une lumière placée au niveau de l'angle externe de l'œil. La disparition de la vision a coïncidé avec la formation d'une tumeur noirâtre qui, partie de la limite interne de la cornée, a atteint progressivement, sans douleurs, le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis quelques mois, cette tumeur noirè remplit l'orifice palpébral et le maintient largement ouvert. Elle est de temps à autre le siège d'hémorrhagies assez fréquentes et assez abondantes.

Au moment où la malade se présente à notre observation, on cons-

tate une masse noirâtre grosse comme un petit œuf. Cette masse se meut avec le globe oculaire qu'elle recouvre presque entièrement.

En écartant les paupières, on reconnaît facilement la base d'implantation de ce fongus qui prend racine sur la moitié externe de la cornée et sur une étendue à peu près égale de la sclérotique adjacente. Le segment interne est dépoli, un peu opaque, mais présente sa coloration et sa forme ordinaires. Le globe de l'œil est parfaitement mobile dans la cavité de l'orbite, il a conservé sa dureté normale ; il est le point de départ de céphalalgies assez fréquentes, mais d'une intensité assez modérée.

Les régions temporale, occipitale, sous-maxillaire ne présentent aucun ganglion malade. L'état général est bon, l'appétit et les forces bien conservés.

La tumeur a à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

La surface du néoplasme est déchiquetée, irrégulière, creusée de sillons profonds, ses limites sont parfaitement nettes, ses faces latérales tombent à pic sur la cornée et sur la sclérotique.

Le globe de l'œil est incisé dans le sens antéro-postérieur ; la tumeur est ainsi partagée en deux moitiés égales. La surface de la coupe présente la coloration noire, truffée, spéciale aux tumeurs mélaniques.

Examen microscopique. — Le raclage permet de constater des cellules sarcomateuses ovoïdes ou fusiformes. Elles contiennent une grande quantité de petits grains noirâtres de mélanine.

Les coupes ont été faites après durcissement par les procédés ordinaires. Elles ont porté surtout sur la partie centrale du néoplasme, de façon à intéresser la cornée et la sclérotique.

Ces coupes se composent de deux parties bien distinctes, c'est une bandelette longitudinale formée par le tissu sclérotico-cornéen, au-dessus de laquelle s'étale la section verticale du néoplasme. Il est ainsi facile de se rendre compte des rapports du tissu morbide avec les membranes sous-jacentes. La sclérotique et la cornée sont intactes.

La première de ces membranes n'est ni plus vasculaire ni plus épaisse, ni amincie, ni ramollie. La cornée présente aussi son aspect ordinaire.

Les lames les plus externes sont seules en rapport avec le tissu sarcomateux ; le faisceau cornéen le plus superficiel est soulevé en certains points par des cellules de nouvelle formation. De ce faisceau émanent quelques tractus fibreux qui cloisonnent irrégulièrement le néoplasme.

Si maintenant nous examinons la limite de l'une des nombreuses coupes que nous avons faites, nous constatons entre la cornée saine et le point d'implantation de la tumeur, un fait des plus intéressants : les cellules sarcomateuses s'insinuent entre l'épithélium de la cornée et le premier feuillet de cette membrane. La lame épithéliale, ainsi mécaniquement décollée, est encore nettement reconnaissable. Pas plus que le tissu cornéen lui-même, elle ne paraît malade. L'épithélium, ainsi que le tissu conjonctif de la cornée, ne prend aucune part dans cette production pathologique.

Observation XVIII

Heddœus. *Arch. für ophtalmologie*, 4e partie, p. 314, Berlin 1861

Tumeur mélanique à la limite de la cornée

Peter K..., âgé de cinquante-huit ans, se présente à mon observation au mois de mars 1858. Il est affecté à l'œil droit d'une tumeur noirâtre qui empêche l'occlusion complète des paupières. Elle a la forme d'une framboise et elle est recouverte d'une membrane transparente. Cette tumeur a la grosseur de quatre pois environ et elle est d'une consistance pâteuse. Elle recouvre le tiers externe de la cornée

et une surface égale de la partie voisine de la sclérotique. Sa base est solidement adhérente, elle n'est pas douloureuse, mais sa surface a été le siège d'hémorrhagies fréquentes. C'est dans l'espace de trois ans qu'elle a atteint le volume qu'elle présente. Le reste de la cornée est intact et l'acuité visuelle est normale. L'iris dont la coloration est gris-bleu présente à la partie qui est en regard de la tumeur des taches brun-jaune. L'extirpation du néoplasme a seulement amené une hémorrhagie abondante. La masse s'est détachée entièrement de la sclérotique et de la cornée, si bien que cette dernière est restée transparente. Au bout de trois mois, la guérison s'était maintenue parfaite, mais les taches brunes de l'iris persistaient encore.

L'examen microscopique de la tumeur mélanique a montré une masse de détritus, des cellules épithéliales avec et sans pigment, des noyaux libres, de grandes et nombreuses cellules rondes à gros noyaux, mais, par contre, pas de cellules à queue.

Observation XIX

John Williams. In *Opthalmic hospital reports,* décembre 1859.

Tumeur mélanique externe de la sclérotique.

Hélène Sch..., âgée de cinquante ans, femme d'une constitution délicate, vint consulter à l'Institut ophtalmologique de Cork, au mois de juin 1858. Une tumeur noire globuleuse, occupait la partie externe de l'œil droit et faisait saillie entre les paupières.

En soulevant la paupière supérieure, cette tumeur se présenta sous la forme d'un champignon très adhérent à la sclérotique par un petit pédicule et empiétant un peu sur la cornée qui était transparente. L'iris semblait sain et fonctionnait normalement. La vision était aussi parfaite dans cet œil que dans l'autre.

La malade raconte que quelques années auparavant elle s'est aperçue d'une petite tache noire siégeant sur le blanc de l'œil à sa partie externe. Un traitement médical fut institué mais le mal resta le même, et, dans l'espace de six mois, la tumeur prit un tel développement qu'elle ne pouvait plus fermer son œil. La malade n'a jamais souffert, mais elle s'est effrayée d'une évolution aussi rapide, c'est pourquoi elle est venu consulter.

Je plaçai une ligature avec l'aide de mon ami, le docteur Hobard, entourant le pédicule de la tumeur, que j'enlevai alors avec le bistouri en faisant porter l'incision entre la ligature et la sclérotique. Lorsque l'hémorrhagie qui fut très abondante se fut arrêtée, je vis que l'ablation complète de la tumeur ne pouvait être opérée qu'avec la perte de l'œil, tant était grande son adhérence avec la sclérotique.

Le bénéfice de cette opération fut de courte durée, car la tumeur montra bientôt de la tendance à s'accroître. Le seul moyen d'obtenir une guérison complète aurait été l'extirpation du globe oculaire. Mais, comme la vision dans cet œil n'était aucunement altérée la malade ne voulut pas y consentir. En janvier 1859, la tumeur avait continué à croître, sa périphérie était bien limitée et sa base était devenue large. Elle s'était peu à peu étendue sur la cornée, mais extérieurement une petite portion de la sclérotique était visible quand la malade tournait l'œil en dedans, la vision était encore assez bonne et j'avais la conviction que la tumeur était seulement en connexion avec la sclérotique.

Au mois de juin, la malade alla résider à Dublin, où elle reçut les soins du docteur Wilde qui, le 20 juillet, fit l'énucléation de l'œil. Ce savant confrère m'écrivit à ce propos pour me dire que la malade s'était bien remise, et la guérison, je crois, ne s'est pas encore démentie jusqu'ici. Un mois après, je reçus une seconde lettre contenant le rapport qui suit, fait par le professeur Wright sur l'examen microscopique du globe.

La rétine était normale, le nerf optique n'était pas atrophié et la choroïde était en apparence absolument saine.

Le muscle ciliaire adhérait à la sclérotique par les fibres du ligament pectiné. A cet endroit, la sclérotique était perforée par un nombre considérable de vaisseaux qui se dirigeaient vers la tumeur située sous la conjonctive. Celle-ci était bilobée, assez étendue et commençait à envahir l'intérieur de l'œil. Au microscope, elle ne présente pas l'apparence d'une tumeur maligne. La couleur noire était probablement due à la présence d'une circulation veineuse abondante et d'un pigment choroïdien abondant.

Observation XX

Desmarres, *Traité des Maladies des Yeux*. Paris, 1855.

Tumeur de la cornée.

Tailleur, quarante ans .Il porte depuis plus d'une année une tumeur qui depuis quelque temps fait des progrès rapides. Cette tumeur placée à la partie inférieure et externe de l'œil couvre le tiers de la cornée et s'étend d'un demi-centimètre au-dessous de la conjonctive. Elle est d'une couleur noirâtre, lisse et prend une teinte légèrement rosée vers son extrémité scléroticale.

Dissection de la tumeur au ras de la cornée et de la sclérotique; un an après, récidive quatre fois plus considérable. La tumeur est d'une couleur rosée. Tachetée en haut, en bas et dans quelques points de sa surface par une matière noirâtre. Pas de troubles de la vision.

Enucléation de l'œil.

Le malade a été revu deux ans après : il allait bien.

Observation XXI (résumée)

Bimsenstein, th. Paris, 1879

Mélano-sarcome de l'œil droit.

P. B..., cinquante ans. Il y a vingt-cinq ans environ, son attention a été attirée sur l'existence d'une petite tache noire siégeant à l'œil droit

un peu en dehors du rebord cornéen. Cette tache s'est agrandie avec une extrême lenteur, n'occasionnant jamais aucune douleur ni aucun trouble de la vision.

Aujourd'hui : tumeur noirâtre située à la jonction de la sclérotique et de la cornée. M. le professeur Panas porte le diagnostic de mélano-sarcome. Le malade quittant Paris est perdu de vue.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Il est incontestable que le traumatisme favorise le développement des tumeurs, de quelque nature qu'elles soient ; nous en dirons autant des antécédents héréditaires et des diathèses spéciales; mais ce sont des causes que l'on peut invoquer pour toutes les tumeurs en général ; il nous a semblé plus intéressant de noter la fréquence avec laquelle les taches mélaniques, que l'on rencontre si souvent sur la conjonctive ou sur les paupières se transforment en sarcome, subissent la dégénérescence cancéreuse. On a lu plus haut les observations de Hutchinson, de Fano, etc., qui, les premiers, ont attiré l'attention sur ce fait.

Hutchinson écrit à ce sujet :

« Ce sont d'abord des taches de rousseur comme on en voit chez les personnes âgées; elles noircissent et s'étendent et ne tardent pas à former une énorme tache qui s'étend sur les bords palpébraux, gagne la muqueuse et même la cornée; plus tard, à sa place, une tumeur se montre qui peut être, dans sa majeure partie, non pigmentée et qui, par par sa tendance à s'ulcérer, révèle sa nature maligne. Dans

quelques cas, cettetumeur est de l'épithélioma; dans d'autres, du sarcome.

» Cette forme de maladie, dit-il, n'est d'ailleurs pas limitée aux paupières et à la conjonctive, quoique les exemples les plus typiques se rencontrent sur elles. »

Ces taches mélaniques qui doivent se transformer plus tard en tumeur maligne, constituent l'affection connue sous le nom de lentigo malin des vieillards.

M. Dubreuilh a fait, sur ce sujet, dans les *Annales de Dermatologie* de 1894, une communication intéressante à laquelle nous empruntons de précieux renseignements.

Le lentigo débute par une macule noire siégeant sur la paupière ou sur la conjonctive. Elle est constituée par une simple pigmentation. La plaque pigmentaire est unique ou formée par plusieurs taches plus petites, confluentes ou isolées, mais alors très rapprochées. Bien limitées, elles sont de couleur sépia ou noire. Les taches, au bout de quelques années, peuvent grandir dans une direction, diminuer dans une autre, disparaître même complètement en quelques endroits sans laisser de traces.

A un moment donné apparaît sur la tache ou dans son voisinage, une tumeur à accroissement rapide, offrant tous les caractères d'une tumeur maligne qui peut être du sarcome ou de l'épithélioma.

Le lentigo malin atteint des sujets d'âge mûr ou des vieillards. Cependant M. Dubreuilh dit avoir vu, chez une femme d'une quarantaine d'années, une tache analogue, occupant la paupière inférieure et la pommette gauche et qui avait débuté à l'âge de dix-huit ans.

Plusieurs de nos observations sont des cas très nets de lentigo malin.

CHAPITRE IV

Symptômes. — Marche.

Nous n'avons pas cru devoir faire une étude clinique spéciale aux sarcomes mélaniques de la paupière. Outre que le nombre des observations est encore bien insuffisant pour lui donner quelque valeur, il nous a semblé en effet que, sauf en ce qui concerne leur siège, l'histoire de ces tumeurs mélaniques de la paupière se confondait sous tous les autres rapports, avec celle des tumeurs de même nature de la conjonctive.

Un caractère commun à presque toutes nos observations, c'est que le début de la maladie est le plus souvent silencieux, aussi le malade ne sait-il jamais l'époque exacte à laquelle remonte son affection déjà vieille quelquefois de quelques années.

Ce n'est qu'accidentellement que le malade, un jour, s'aperçoit de la présence d'une tache noirâtre siégeant en un point de la conjonctive bulbaire, tache qui s'accroît avec une grande lenteur, sans déterminer le moindre trouble dans la fonction visuelle. Le sujet, qui n'a tout d'abord attaché aucune importance au développement silencieux de son

affection, ne vient consulter un médecin, que lorsque la tache noire du début est devenue une véritable tumeur d'une grosseur suffisante pour gêner l'occlusion des paupières et ayant souvent amené, par l'irritation qu'elle détermine, une conjonctivite plus ou moins violente.

On constate alors, dans l'épaisseur de la paupière ou bien à la région antérieure de l'œil, sur la conjonctive bulbaire, la présence d'une tumeur noirâtre ou brunâtre : dans le cas de sarcome mélanique de la paupière, la coloration noire se voit par transparence à travers les tissus.

Les deux yeux peuvent être indifféremment atteints : nous ne croyons pas, après examen de nos observations, à une prédilection marquée pour l'œil droit, comme l'ont prétendu plusieurs auteurs ; de plus, les deux yeux n'ont jamais été envahis simultanément.

M. Lagrange, dans ses *Etudes sur les tumeurs de l'œil*, a fixé le siège des sarcomes mélaniques de la conjonctive qui avait été méconnu jusqu'à ces dernières années. La tumeur intéresse presque toujours la sclérotique et la cornée dans une étendue à peu près égale : le néoplasme est à cheval sur le limbe sclérotico-cornéen ; mais il résulte des recherches de M. Lagrange, que la sclérotique et la cornée servent à ces tumeurs de point d'appui et non d'origine. Elles s'y développent aux dépens du repli conjonctival qui vient se terminer dans la région du limbe sclérotico-cornéen. « De là, elles s'étendent en rayonnant et sur la sclérotique et sur la cornée. »

Le volume de la tumeur est toujours peu considérable chez notre malade dont nous rapportons plus haut l'observation, elle atteignait la grosseur d'une noix, mais c'est exceptionnel ; le plus souvent, elle ne dépasse pas le volume d'une fève ou d'un pois.

La forme est très variable : ou bien la tumeur est pédiculée ou bien elle est conique avec une base très large.

Lisses ou bosselées, souvent même présentant à la fois ces deux caractères, elles sont dures, très rarement de consistance molle.

Le malade ne souffre pas, même si l'on exerce une pression sur la tumeur. La vue n'est jamais troublée, mais il est bien évident que si la tumeur siège, ce qui est le plus fréquent, sur le limbe sclérotico-cornéen, la partie qui empiète sur la cornée, empêche les rayons lumineux d'arriver jusqu'à la rétine ; les leucomes n'agissent pas autrement.

Tous les milieux de l'œil sont sains.

Le sarcome des paupières ou de la conjonctive peut demeurer dans cet état pendant dix, quinze ans et même davantage ; toutefois, il s'accroît sans cesse, quoique avec la plus extrême lenteur, et il arrive un moment où, par son volume, il constitue une gêne ou une difformité telle que les malades se décident à s'en préoccuper.

On peut le voir aussi, en un ou deux mois, acquérir un développement relativement considérable à l'instar des tumeurs les plus malignes.

D'ailleurs, les milieux de l'œil ne présentent rien d'anormal dans leur fonctionnement ; la gêne seule, causée par le volume du néoplasme, va en augmentant.

CHAPITRE V

Anatomie Pathologique

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les caractères anatomo-pathologiques des sarcomes mélaniques des paupières ou de la conjonctive ; ils sont indiqués dans plusieurs de nos observations.

Les cellules sont arrondies ou fusiformes et très rapprochées les unes des autres, comme dans tous les sarcomes. Elles sont infiltrées de granulations noires, qui se déposent d'abord dans le protoplasma de la cellule autour du noyau, puis dans la cellule tout entière. Le noyau peut être plus pigmenté que le corps de la cellule : la substance intercellulaire peut être elle-même envahie. La variété la plus fréquente est le sarcome fasciculé à cellules fusiformes, le plus souvent très allongées, juxtaposées les unes aux autres et formant de véritables faisceaux.

Nous parlerons davantage de la nature du pigment contenu dans les cellules, sur l'origine duquel on est loin d'être encore définitivement fixé.

Il y a deux sortes de mélanoses : les fausses mélanoses, dont la couleur provient de la matière colorante du sang et

les mélanoses vraies, qui doivent leur coloration à un pigment particulier : la mélanine.

Or, certains auteurs, parmi lesquels nous citerons Rokytanski, Kœllicker, se basant sur la vascularisation parfois très grande des sarcomes mélaniques et la grande analogie qui existe entre le pigment et la substance colorante du sang, concluent à l'origine hématique par précipitation des matières colorantes du sang.

Mais Virchow et Robin ont démontré les différences absolues qui existent entre l'hématine et le pigment mélanique.

Chez certains animaux inférieurs dépourvus de globules sanguins, on trouverait une certaine quantité de pigment, et de plus, le pigment des embryons de grenouille se formerait avant le développement de la circulation.

Robin indique un moyen pour différencier l'hématine et ses dérivés d'avec la mélanine. Le pigment mélanique ne se détruit pas par l'acide sulfurique ; il n'en est pas de même pour les substances colorantes du sang.

L'expérience de Robin a donné, entre les mains de M. Lagrange, un résultat tout à fait concluant dans un cas de sarcome mélanique de la conjonctive. L'acide placé pendant quelques instants sur la préparation a tout fait disparaître sauf les granulations pigmentaires elles-mêmes. Il ne s'agit donc pas dans les sarcomes de la conjonctive et des paupières de fausse mélanose, mais de tumeur mélanique vraie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du sarcome mélanique de la conjonctive ou de la paupière est facile. Il est impossible de confondre une tumeur extra-oculaire avec un néoplasme intra-oculaire, la gravité de ces dernières tumeurs, la rapidité de leur évolution, leur généralisation fatale, suffisent à les faire reconnaître.

La différenciation d'avec les tumeurs qui peuvent se développer sur la sclérotique, la conjonctive ou la cornée pourrait seule être quelquefois délicate.

L'épithélioma conjonctival débute le plus souvent par une conjonctivite pustuleuse. Il se forme bientôt une tumeur rougeâtre, bosselée, à surface excoriée, sécrétant un liquide purulent. Le développement est rapide : l'œil se perfore et la mort survient toujours.

Le ptérygion a une forme tellement spéciale qu'il est impossible de songer à un mélano-sarcome.

Le pinguécula a une couleur blanchâtre et n'a pas le développement rapide d'une tumeur maligne.

Le polype de la conjonctive n'a pas la couleur noire du mélano-sarcome; sa consistance est molle, il est absolument bénin dans ses allures.

CHAPITRE VI

Pronostic. — Traitement.

Le mélano-sarcome est généralement une tumeur excessivement maligne. Or, il ressort de l'examen de nos observations, que l'on ne doit pas porter sur le sarcome mélanique de la conjonctive et des paupières un pronostic aussi sombre. Nous ne voulons certes pas conclure à l'absolue bénignité de la tumeur; un sarcome qui nécessite presque toujours l'énucléation de l'œil, ne peut être en effet qualifié de tumeur bénigne. Ce que nous voulons surtout mettre bien en vue, c'est le peu de gravité relatif de ces tumeurs extra-oculaires comparée à la malignité des tumeurs intra-oculaires.

Dans deux ou trois cas seulement, la mort est survenue à la suite d'une généralisation qui a été plus ou moins tardive. Dans tous les autres cas, la tumeur, il est vrai, a récidivé sur place, mais est restée strictement localisée aux régions extérieures de l'œil sans avoir jamais eu le moindre retentissement sur l'état général du malade. Le nombre de guérisons, dans les cas où l'on n'a pas hésité à extirper le mal en entier, en pratiquant l'énucléation de l'œil malade, nous autorise suffisamment à porter un pronostic plutôt favorable.

Le traitement doit être uniquement chirurgical. Si la tumeur est petite et n'occasionne aucun trouble dans le fonctionnement de la vision, il n'y a pas d'inconvénient à attendre quelque temps avant d'opérer. Mais si elle vient, en augmentant de volume, à causer la moindre gêne, il faut opérer le plus tôt possible. Deux incisions courbes circonscrivant la tumeur suffisent le plus souvent à l'énucléer facilement. Les deux lèvres de la plaie seront rapprochées et réunies par des sutures au crin.

En général, l'extirpation du néoplasme s'accompagnera d'une hémorrhagie, quelquefois très abondante, déterminée par la section des nombreux vaisseaux qui nourrissent la tumeur.

Les taches mélaniques, s'il y en a, seront profondément cautérisées au thermo-cautère.

Si la tumeur récidive, il ne faut plus hésiter à pratiquer l'énucléation de l'œil malade ; on évitera ainsi une généralisation qui, si elle est rare, est cependant survenue quelquefois.

CONCLUSIONS

1° Les sarcomes mélaniques extérieurs de l'œil sont relativement rares. Ils peuvent se développer sur la conjonctive ou dans l'épaisseur des paupières;

2° Les sarcomes de la conjonctive se développent surtout à l'union de la cornée et de la sclérotique; ceux de la paupière prennent naissance dans son épaisseur même, dans le tissu sous-conjonctival;

3° Leur étiologie n'est intéressante que par la fréquence de la dégénérescence cancéreuse des taches mélaniques si communes sur la conjonctive ou sur les paupières;

4° Le sarcome mélanique de la conjonctive ou des paupières récidive presque toujours; mais contrairement aux sarcomes mélaniques intra-oculaires, sa marche est très lente; la généralisation, si elle survient, est des plus tardives;

5° Il ne manifeste sa présence par aucun symptôme bruyant et ne détermine aucun trouble fonctionnel de l'appareil de la vision;

6° L'intervention chirurgicale peut quelquefois amener la guérison.

Bordeaux, le 22 novembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr BADAL.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Bordeaux, le 23 novembre 1895.
Vu et permis d'imprimer
Le Recteur :
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WARREN. — In *Surg. obst. on tumours*, 1839, p. 518.

AMMON. — *Gaz. des hôpitaux*, 1844.

GIBSON. — *Philadelphia Lancet*, 1854.

John WILLIAMS. — *Ophtalmic Hospital Reports*, décembre 1859.

DESMARRES. — *Traité des maladies des yeux*. Paris 1859.

PALAND. — *Oph. Hospital Reports*, 1857-59, p. 168.

HEDDŒUS. — *Arch. für Ophtalmologie*, t. IV, p. 314.

FERGUSSON. — *The Lancet*, 1863.

DE WECKER. — *Traité des maladies des yeux*, 1869.

FANO. — *Gazette des hôpitaux*, 1872, t. XIV, p. 651.

GILLETTE. — *Union médicale*, Paris 1873-74, 3, s. 409-415.

BUMGARTEN. — *Arch. für Heilkunde*, 1875.

PÉAN. — *Lancet*, London, 1877, t. IV, p. 910.

RICHET. — *Mouv. médical*, 1879.

BLANCH. — *Recueil d'opht.*, 1882.

GALLENGA. — *Gazz. delle cliniche*, 1884, n° 35.

HEILFREICH. — *Sitzungsb d. phys. med. gesellsch zu Wurzb*, 1891.

HOHENBERGER. — *Arch. f. Ophth.*, Leipz, 1892.

LAGRANGE. — Du sarcome mélanique des paupières. *Rec. Opht.*, Paris 1891.

— *Etudes sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, 1893.

W. DUBREUILH. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, septembre 1894.

MACKENSIE. — *Traité des maladies des yeux*.

BIMSENSTEIN. — Thèse de Paris 1879.

THOU. — Thèse de Paris 1879.

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.